



UNIDENT
UNION

**OŚWIADCZENIE PACJENTA O UPOWAŻNIENIU LUB BRAKU
UPOWAŻNIENIA OSOBY BLISKIEJ DO UZYSKIWANIA INFORMACJI
O JEGO STANIE ZDROWIA I UDZIELONYCH ŚWIADCZENIACH
ZDROWOTNYCH**

Ja _____ Pesel _____

zamieszkały/a: _____,

oświadczam, że upoważniam*) Pana/-ią _____, zamieszkałego/ą

_____, /nie upoważniam nikogo innego*) do

uzyskiwania informacji o moim stanie zdrowia i udzielonych mi świadczeniach zdrowotnych w

Unident Union II&IF Aesthetica Iwona Gnach Sp. z o.o. z siedzibą we Wrocławiu, adres: al. Jana

Kochanowskiego nr 20 lok. C 20, 51-601 Wrocław.

data, czytelny podpis pacjenta